

育児休業手当金請求書

※ 決定額 円

組合員証	記号	〇〇〇	組合員氏名	共済 花子		所属機関名	〇〇市		
	番号	〇〇〇							
標準報酬月額	第 17 級	280,000 円		育児休業手当金の請求期間	令和元年10月16日から令和2年8月19日まで				
育児休業に係る子の生年月日	令和元年8月20日		育児休業の初日	令和元年10月16日		育児休業期間が通算して180日に達する日	令和2年4月12日		
育児休業の末日	令和2年9月30日		同一の子に係る配偶者の育児休業取得	有 (年月日から) 無 (年月日まで)		手当金の給付日数 ((ア) + (イ))	221 日		
配偶者の組合員証記号番号 (配偶者が本組合の組合員の場合)			配偶者の組合員証記号番号			手当金の請求金額	1,683,657 円(D)		
各月休業日数	給付率 67/100 の期間	10月 12日	11月 21日	12月 22日	1月 23日	2月 20日	3月 22日	4月 8日	月計(ア) 128日
	給付率 50/100 の期間	4月 14日	5月 21日	6月 22日	7月 23日	8月 13日	月計(イ) 93日		
上記のとおり請求します。									
愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿									
令和 〇 年 〇 月 〇 日									
住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇									
請求者 氏名 共済 花子 印									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。									
令和 〇 年 〇 月 〇 日									
所属所長 職名 〇〇市長									
氏名 〇〇 〇〇 印									

※印欄は、記入しないでください。

所属機関の長又は給与事務担当者の証明

令和元年10月16日 ~ 令和2年8月19日 0割 0円
 年 月 日 ~ 年 月 日 割 円
 年 月 日 ~ 年 月 日 割 円

育児休業の期間に係る報酬の支払いについて、上記のとおり証明します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

所属機関の長 職氏名 〇〇市長 〇〇 〇〇

(証明者)

又は

給与事務担当者 職氏名 〇〇課〇〇〇 〇〇 〇〇 印

育児休業手当金計算書

1 標準報酬日額

$$\frac{280,000}{(標準報酬月額)} \times 1 / 22 = \frac{12,730}{(10円未満四捨五入)} \text{円} \dots (A)$$

2 育児休業手当金の日額

① 給付率 67/100 (給付上限相当額 13,832円)

$$(A) \times 67 / 100 = \frac{8,529}{(円未満切捨て)} \text{円} \dots (B)$$

② 給付率 50/100 (給付上限相当額 10,322円)

$$(A) \times 50 / 100 = \frac{6,365}{(円未満切捨て)} \text{円} \dots (C)$$

3 育児休業手当金給付額

$$[(B) \times (ア)] + [(C) \times (イ)] = \frac{1,683,657}{\text{円}} \dots (D)$$

- 必要事項を記載し、所属所長、所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたい旨を提出してください。
- 毎月、月初に育児休業実績証明書を提出してください。
- 育児休業期間の変更及び組合員資格の喪失などの場合は、育児休業手当金変更請求書を提出してください。
- 支給延長の場合は、育児休業手当金延長請求書に支給延長要件の確認書類を添付して提出してください。
- 給付上限相当額は、雇用保険法第17条第4項第2号ハに定める額の変更に伴い変更されます。
- 手当金の請求期間が1歳以降1歳2か月未満の期間も含む場合は、組合員の配偶者であることを確認できる書類及び配偶者の育児休業の取得を確認できる書類を提出してください。
- 報酬とは、給料及び各市町の給与条例等で定められている諸手当(期末・勤勉手当を除く)をいいます。